様式第１号（第６条関係）

新生児聴覚検査費用助成金交付申請（請求）書

　年　　月　　日

玄海町長　様

申請者（保護者）　住所　玄海町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被検査者との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　）

玄海町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第６条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、必要に応じて申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

助成金請求額　　金　　　　　　　　　円　（上限5,000円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被検査者 | 氏　名（新生児） |  | 生年月日 | 　 年　　月　　日 |
| 住　所 | 玄海町 |
|  | 検査日 | 検査方法 | 検査結果 | 検査費用 |
| 初回検査 | 年　月　日 | AABR・OAE | 右： パス　再検査 | 円 |
| 左： パス　再検査 |
| 確認検査（再検査） | 年　月　日 | AABR・OAE | 右： パス　再検査 | 円 |
| 左： パス　再検査 |
| 検査医療機関 |  |
| 上記の助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。 |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 種　別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義人（受取人） |  |
|  |

注意　この請求書に次の書類を添付して下さい。

　（1）医療機関等で実施した新生児聴覚検査費用の領収書の写し

　（2）聴覚検査結果書類又は母子健康手帳